



901 University Avenue  
Green Bay, WI. 54302-1013



## ADA PARATRANSIT ELIGIBILIDAD DE APLICACIÓN

---

Se adjunta la nueva solicitud de Green Bay Paratransit Servicio. Por favor, revise con cuidado, la lectura de la descripción de la discapacidad en lo que respecta a la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990.

Esta aplicación y verificación profesional serán revisados y elegibilidad serán determinadas. Esto es extremadamente importante que ambas formas están llenadas completamente. Serán devueltos Cualquier solicitudes incompletas. Dentro de los veintiún (21) días siguientes a la recepción de una solicitud completa, se hará una determinación de elegibilidad. La presentación de esta solicitud no garantiza la elegibilidad. La determinación de elegibilidad se hará por escrito, e informará al solicitante de la aceptación o denegación de elegibilidad, y en el caso de la negación, la razón (s) para ello. En el caso de que la elegibilidad se negó, una descripción de nuestro proceso de apelación se incluirá con la determinación por escrito.

### ADA Paratransit Normas de Elegibilidad:

- ◆ Cualquier persona con una discapacidad que no puede, como resultado de un deterioro físico o mental (incluyendo trastorno de la visión), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia para el embarque), para abordar, montar o bajar de cualquier vehículo sobre el sistema que es fácilmente accesibles y utilizables por personas con discapacidad.
- ◆ Cualquier persona con una discapacidad que necesita la ayuda de un elevador de silla de ruedas u otro embarcar en el dispositivo de asistencia y es capaz, con esa asistencia, a bordo, el paseo y bajar de cualquier vehículo que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidad si el individuo quiere viajar en una ruta en el sistema durante las horas de funcionamiento de la sistema a la vez, o dentro de un período razonable de ese momento, cuando dicho vehículo no se utiliza para proporcionar el transporte público designado en la ruta.
- ◆ Cualquier persona con una discapacidad que tiene una condición impedimento específico que impide tal individuo de viajar a un lugar de embarque o desde una ubicación de desembarcar en dicho sistema.

Después de revisar la información anterior, si usted siente que su discapacidad puede encajar en una de las categorías, por favor complete la Solicitud de Certificación de ADA Formulario de Elegibilidad adjunta. Si usted no cumple con los criterios definidos en el presente documento, por favor póngase en contacto con Planeta Green Bay a 448.3450.

**Volver solicitudes completas a:**

**Coordinador de Transporte de movilidad reducida  
Green Bay Metro  
901 University Avenue  
Green Bay, WI 54302-1013**



# GREEN BAY METRO MINUSVÁLIDOS SERVICIO PARATRANSIT TRANSPORTE



## Solicitud de Certificación de Elegibilidad ADA

La información obtenida en esta certificación sólo será utilizada por Metro Green Bay para la prestación de servicios de transporte. La información sólo se compartirá con otros proveedores de tránsito a los viajes facilitados en sus áreas. La información no será proporcionada a ninguna otra persona o entidad.

Este formulario debe ser llenado completamente. Escriba a máquina o impreso.

1. \_\_\_\_\_  
Apellido      Nombre de pila      Inicial del segundo nombre       Masculino       Femenino

2. \_\_\_\_\_  
Dirección                                      Apt No.                      Ciudad                      Condado                      Estado                      Zip

3. Número de teléfono (s)      Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

4. Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

5. Eres capaz de utilizar los autobuses Accesible Metro Green Bay para cualquiera de sus necesidades de transporte?  
 Sí    No    A veces (explique) \_\_\_\_\_

6. Cuál es la discapacidad que le impide usar Metro Green Bay ruta fija servicio? \_\_\_\_\_  
Es esta condición temporal?       Sí       No  
Si respondió "Sí", la duración prevista es hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7. Si se proporciona con el entrenamiento y la práctica apropiada, ¿sería capaz de utilizar el servicio de autobuses Metro Green Bay?  
 Sí    No    A veces (explique) \_\_\_\_\_

8. Cómo afecta esta discapacidad le impide utilizar los servicios de ruta fija? Por favor, explique por completo. (Si es necesario, continúe en una hoja aparte) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Hay otros efectos de su discapacidad u otras condiciones médicas de las cuales Metro Green Bay deba conocer? (Si es necesario, continúe en una hoja aparte)

---

---

---

---

---

---

---

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADO PARA ASEGURAR QUE un vehículo apropiado se utiliza para proporcionar SU TRANSPORTE Y que un análisis preciso de su SOLICITUDES DE VIAJE SE PUEDE HACER POR GREEN BAY METRO.

10.Cuál, si alguno, de las siguientes ayudas a la movilidad se utilizan? (Marque todas las que apliquen.)

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manual para discapacitados    | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Scooter |
| <input type="checkbox"/> Cane                          | <input type="checkbox"/> Muletas                   | <input type="checkbox"/> Walker  |
| <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal | <input type="checkbox"/> Guía / Attendant animales |                                  |

11. Si utiliza una silla de ruedas o un scooter de gran tamaño, lo que es lo:

Longitud \_\_\_\_\_ pulgadas Ancho \_\_\_\_\_ pulgadas

El peso total de la silla de ruedas o un scooter y usted mismo rebasa las 600 libras?

- Sí  No

12. Será una necesidad acompañante que viaje con usted en cualquier momento?

- Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

13. Al viajar, va a ser capaz de firmar su nombre en un recibo viaje?

- Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

14. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Can you travel a 1/2 block without the assistance of another person?

- Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

Can you travel 1/4 mile without the assistance of another person?

- Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

Can you travel 3/4 mile without the assistance of another person?

- Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

15. Se puede subir escalones de 12 pulgadas sin ayuda?  
 Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

Si "sí", ¿cuántas en la sucesión? \_\_\_\_\_

16. Puedes esperar fuera sin apoyo durante 10 minutos?  
 Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

17. Anote los nombres de dos personas y/o (en su caso) Agencias que se podrá recurrir en caso de una emergencia.

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

18. Por la presente certifico que la información proporcionada es correcta.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

19. Si una persona distinta del solicitante completó este formulario en nombre del solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono del día \_\_\_\_\_

Agencia de afiliación/Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Marque aquí si toda la correspondencia del programa debe ser enviada al solicitante en la atención de esta dirección.

Firma \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Información sobre la elegibilidad ADA / certificación: 448-3450.**

**Devuelva el formulario completado: Coordinador de Transporte de movilidad reducida  
Green Bay Metro  
901 University Avenue Green Bay, WI 54302-1013**

**Esta casilla debe ser completada por el Metro Green Bay**

Condiciones \_\_\_\_\_

Firma del Certificador \_\_\_\_\_

Fecha de la certificación \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_

Aprobado  Número de identificación \_\_\_\_\_ Denegado

PCA  Sí  No



## INFORMACIÓN MÉDICA AUTORIZACION



Con el fin de Metro Green Bay para evaluar su solicitud, puede ser necesario contactar a un profesional médico para confirmar la información que usted ha proporcionado. Por favor, complete la siguiente información y formulario de autorización.

La siguiente profesional de la salud está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado para proporcionar Metro Green Bay toda la información necesaria para completar esta certificación.

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional | <input type="checkbox"/> Oftalmólogo      | <input type="checkbox"/> Médico     |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta        | <input type="checkbox"/> Registered Nurse | <input type="checkbox"/> otro _____ |

Nombre del profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

Su Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El cliente se menciona arriba ha solicitado Metro Green Bay el servicio de paratransito subsidiado. Green Bay el servicio de paratransito de Metro ofrece transporte a las personas con discapacidad que no pueden usar la ruta fija de metro Green Bay sistema (bus).

### Normas de Elegibilidad ADA Paratransit:

- ◆ Cualquier persona con una discapacidad que no puede, como resultado de una deficiencia física o mental (incluyendo trastorno de la visión), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia para el embarque), para abordar, paseo o bajar de cualquier vehículo sobre el sistema que es fácilmente accesibles y utilizables por personas con discapacidad.
- ◆ Cualquier persona con una discapacidad que necesita la ayuda de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia para el embarque y es capaz, con esa asistencia, a bordo, el paseo y bajar de cualquier vehículo que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidad si el individuo quiere viajar en una ruta en el sistema durante las horas de operación del sistema a la vez, o dentro de un período razonable de ese momento, cuando dicho vehículo no se utiliza para proporcionar el transporte público desig-nados en la ruta.
- ◆ Cualquier persona con una discapacidad que tiene una condición impedimento específico que impide tal individuo de viajar a un lugar de embarque o desde una ubicación de desembarcar en dicho sistema.



**Green Bay Metro**  
**901 University Avenue**  
**Green Bay, WI 54302-1013**



# SOLICITUD DE CONTROL PROFESIONAL

Este formulario debe ser llenado por un profesional médico con licencia

Querido

El formulario de autorización adjunto ha sido presentado por \_\_\_\_\_, Quien ha indicado que se puede brindar información con respecto a su / su discapacidad y su impacto sobre su / su capacidad de utilizar nuestros servicios de tránsito. La ley federal requiere que Metro Green Bay ofrecen servicios de paratransito a personas que no pueden utilizar los servicios de ruta fija (bus) accesibles disponibles. Por favor, tenga en cuenta que cualquier condición que hace que viajar hacia o desde un embarque/desembarque de ubicación, o montar en un sistema de ruta fija más difícil o menos cómodo, no son razones para la elegibilidad de paratransito. La información que proporcione nos permitirá hacer una evaluación adecuada de la solicitud y su aplicación a las solicitudes de viaje específicas. Gracias por su cooperación en este asunto.

Calidad en que conoce al solicitante: \_\_\_\_\_

El diagnóstico médico de la condición que causa la discapacidad: \_\_\_\_\_

Es la condición temporal?     No     Sí     Duración prevista hasta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cómo afecta esta condición afecta a la capacidad del individuo para usar accesibles Metro Green Bay ruta fija de servicio (autobús)?

\_\_\_\_\_

Si se proporciona con el entrenamiento y la práctica apropiada, sería que esta persona será capaz de utilizar el servicio de autobuses Metro Green Bay?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Si la persona tiene una movilidad Efectuar la discapacidad, es la persona capaz de:

Viaja 200 metros sin ayuda de otra persona?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Viaja a una cuadra de la mitad, sin la ayuda de otra persona?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Viaja 1/4mile sin la ayuda de otra persona?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Viaja 3/4 milla sin la ayuda de otra persona?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Sube escalones de 12 pulgadas sin asistencia?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Si "sí, cuántas en la sucesión? \_\_\_\_\_

Espera fuera sin apoyo durante 10 minutos?

Sí     No     A veces (explique) \_\_\_\_\_

Utiliza esta persona alguna ayuda a la movilidad? Si es así, ¿qué? \_\_\_\_\_

Es esta persona capaz de negociar hielo / nieve durante el viaje?

Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

Es esta persona capaz de viajar en un clima extremadamente frío / calor?

Sí  No  A veces (explique) \_\_\_\_\_

*Si la persona tiene una discapacidad visual:*

La agudeza visual con mejor corrección: ojo Derecho \_\_\_\_\_ojo izquierdo \_\_\_\_\_Ambos ojos \_\_\_\_\_

Los campos visuales: ojo Derecho \_\_\_\_\_ojo izquierdo \_\_\_\_\_Ambos ojos \_\_\_\_\_

*Si la persona tiene una discapacidad cognitiva:*

Es la persona capaz de hacer lo siguiente:

Dar direcciones y números de teléfono a petición?

Sí  No

Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina?

Sí  No

Pide, entender y seguir instrucciones?

Sí  No

De forma segura y eficaz de los viajes a través de instalaciones de hacinamiento y / o complejos?

Sí  No

Hay algún otro efecto de la discapacidad de las cuales Metro Green Bay debe ser consciente? Si es así, por favor describa. (Si es necesario, continúe en una hoja aparte).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su nombre \_\_\_\_\_

Dirección de oficina \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

Número de Licencia Médica de Wisconsin \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Esta solicitud debe ser completada en su totalidad. Para obtener información sobre los requisitos de la ADA y el proceso de certificación, comuníquese con Metro Green Bay a 448.3450.

**Volver solicitudes completas a:** **Coordinador de Transporte de movilidad reducida**  
**Green Bay Metro**  
**901 University Avenue**  
**Green Bay, WI 54302-1013**